

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____, на основании статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии:

1. Я в полной мере проинформирован(а) о порядке проведения и содержании всех необходимых диагностических мероприятий.
2. Я в полной мере проинформирован(а) о характере предстоящих исследований, связанном с ними риском и возможным развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) аллергических реакций при введении контрастного вещества; 2) возможной клаустрофобии.
3. Я проинформирован(а) о строгих противопоказаниях к исследованию: **наличие искусственного водителя ритма, металлических клапанов сердца, металлических эндопротезов, металлических клипс на сосудах головного мозга, брюшной полости и легких, электронных имплантов внутреннего уха, инсулиновых помп, нервных стимуляторов, металлических предметов (осколки, дробь, пуля), локализованных в полости черепа и/или орбите.**
4. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (компьютерная диагностика, ультразвуковое сканирование). Я предупрежден(а) о последствиях отказа от предлагаемого метода исследования.
5. Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования, может возникнуть необходимость расширения объема диагностических мероприятий. Я доверяю врачам ООО «МРТ» выполнять все необходимые действия, которые врач-рентгенолог сочтет необходимым для проведения исследования.
6. Я предоставил(а) врачу-рентгенологу все известные мне данные о состоянии своего (или лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, а также всю известную мне информацию о проблемах, связанных с моим здоровьем (или лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе об **аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (на лицо, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах и указал данную информацию в медицинской документации.**
7. Я согласен(а) на возможное введение контрастного препарата и отрицаю наличие у себя следующих заболеваний: **бронхиальная астма; тяжелые заболевания печени и/или почек сопровождающиеся печеночной и/или почечной недостаточностью.**
8. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа.
9. Сведения о выбранном мною лице, которому в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____ (фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

ВИЧ: _____ Да / Нет

Аллергические реакции: _____ Да / Нет Какие: _____

Гепатит (А,В,С) в настоящий момент: _____ Да / Нет

Операции: _____ Да / Нет Какие: _____

Беременность на текущий момент: _____ Да / Нет

Пациент или законный представитель _____ /
(подпись) (расшифровка)

Врач _____ /
(подпись) (расшифровка)

Я проинформирован(а) о наличии ступеньки при входе в МРТ-кабинет _____